Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik
zu Berlin.

Über die Ursachen der Fehl- und Totgeburten.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KÖNIGL. FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

vorgelegt von

Hans Junker.

Tag der Promotion: 12. Juni 1917.

. UNIV.
LIOTHEEK
EIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Geh. Rat Prof. Dr. Flügge

Referent: Geh. Rat Prof. Dr. Bumm

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546509_0146

Eine Frage, die im Verlaufe des Krieges immer mehr in den Mittelpunkt des Interesses und der Erörterung getreten ist, ist die des Geburtenrückganges und der unserem Volke damit drohenden Gefahren. Seit einigen Jahrzenten beginnt sich dieser bis dahin nur bei den westlichen Kulturnationen heimische Volksschaden leider auch bei uns bemerkbar zu machen. Kamen noch im Jahre 1860 auf 10000 Einwohner 379 und in den 70er Jahren zeitweise sogar über 400 Geburten von lebensfähigen Kindern, so ist seit Beginn dieses Jahrhunderts ein stetig fortschreitendes Sinken der Geburtenziffer zu beobachten, sodaß im letzten Friedensjahre 1913 nur noch 281 lebende Kinder auf 10000 Einwohner geboren wurden. Welche Bedeutung dieser Tatsache bei dem durch den jetzigen Krieg hervorgerufenen

erheblichen Verlust an Menschen beizulegen ist, ergibt sich ohne weiteres für jeden, der sich einmal mit dem Gedanken an die zukünftige Wehrkraft wie überhaupt mit der volkswirtschaftlichen Zukunft Deutschlands beschäftigt hat. Mit der Gefährdung unseres Nachwuchses ist der Ausgleich der im Kriege verloren gegangenen Kräfte und damit die Entwicklung unseres Vaterlandes sowie die Auffüllung der in unsere Heeresmacht gerissenen Lücken nur zu sehr bedroht. Diese Erwägungen verlangen es jetzt um so nachdrücklicher als vordem, mit allen Mitteln zu versuchen, den Rückgang der Geburtenzahl aufzuhalten und den jährlichen Zuwachs womöglich auf die frühere Höhe zu bringen, — zumal die Verluste im Kriege nicht nur nach der Kopfzahl der ihm zum Opfer gefallenen Männer, sondern auch von dem Gesichtspunkte eines Ausfalls an Zeugungsfähigen zu bewerten sind.

Aus naheliegenden Gründen hat sich schon seit langem die Geburtshilfe in ausgedehntem Maße dieser Frage angenommen. In einer Reihe von Arbeiten ist mahnend auf die drohende Gefahr hingewiesen, sind die Ursachen des Geburtenrückgangs eingehend erörtert sowie eine grosse Zahl von Vorschlägen zur Bekämpfung desselben angegeben worden.

Vor allem ist hierbei einem für uns sehr wichtigen Gesichtspunkte Rechnung getragen worden, nämlich dem, die Stellung des Geburtshelfers und Arztes zu diesem Bevölkerungsproblem in bezug auf die hierfür vorhandenen Hilfs- und Förderungsmöglichkeiten und die daraus entspringenden Pflichten festzulegen.

In Würdigung dieser letzten Frage ist in dieser Arbeit der Versuch gemacht worden, die Geburtsfälle der Berliner Königlichen Universitäts-Frauenklinik nach dieser Richtung hin auszuwerten und im besonderen durch Prüfung der Ursachen der Totgeburten zu untersuchen, ob und in welchem Maße von einer Verminderung der Totgeburten durch bessere Ausbildung der Aerzte und Hebammen die Rede sein kann, und mit welchem Erfolge sich dadurch dem Geburtenrückgange begegnen läßt.

Bei dem bearbeiteten Material handelt es sich um die im Kreißsaal der Berliner Königlichen Universitäts-Frauenklinik behandelten Geburten und Fehlgeburten aus den Jahren 1911 bis 1916. Ihre Zahl beläuft sich auf 11 163 mit 1169 Todesfällen gleich 10,5 % Mortalität; davon entfallen 353 = 3,2 % auf die Fehlgeburten. Es bleiben also für die Zahl der Entbindungen 816 Totgeburten auf 10810 = 7,5 % Mortalität.

Wenn wir zunächst auf die Fehlgeburten näher eingehen, so ist die verhältnismäßig kleine Zahl derselben dadurch zu erklären, daß zur Behandlung in dem Kreißsal lediglich die Schwangerschaften vom Ende des 4. Monats an aufgenommen werden.

Die Fehlgeburtsfälle lassen sich in drei Gruppen einteilen, je nachdem die Ursachen des Abortes von der Frucht und ihren Anhängen ausgehen oder, zweitens, in Erkrankungen der Mutter oder aber endlich in Abtreibungsversuchen zu erblicken sind. Dieser dritten Gruppe soll die große Zahl von Fehlgeburten angegliedert werden, die eine Ursache für die vorzeitige Ausstoßung nicht erkennen lassen.

In der ersten Gruppe sind es

Mißbildungen und anderweitige krankhafte Zustände des Fötus und seiner Anhänge
in 6 Fällen = 1,7 %,

Nabelverschlingungen und -knoten
in 2 Fällen = 0,6 %,

Placenta praevia und vorzeitige Placentarlösung
in zusammen 14 Fällen = 4 %,

die zum Abort geführt haben.

Zweitens fand sich, daß die mütterliche Erkrankung an

Eklampsie

in 6 Fällen = 1,7 %,

Lues

in 73 Fällen = 20,7 %,

Nephritis, Herzleiden, Erkrankungen der Atmungsorgane, Tuberkulose, andere fieberhafte Erkrankungen und sonstige krankhafte Zustände

in 18 Fällen = 5,1 %,

Chorea und Hyperemesis gravidarum

in 4 Fällen = 1,1 %

und Lageanomalien des Uterus

in 5 Fällen = 1,4 %

der Ursprung der Fehlgeburt gewesen sind. Außerdem konnte in 11 Fällen = 3,1 % nach den glaubwürdigen Angaben der betreffenden Frauen ein Trauma (Fall, Stoß, heftiger Sprung usw.) mit dem Tode bezw. der vorzeitigen Ausstoßung des Fötus in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden.

Dritte Gruppe. Es bleiben dann noch 11 Fälle = 3,1 %, bei denen die Frauen zugegeben haben, daß es sich um mit Erfolg vorgenommene Abtreibungsversuche verschiedenster Art (Seifen-

wassereinspritzungen, Massage, Sondierungen) gehandelt hat, und als die weitaus größte Anzahl 203 Fälle = 57,5 %, bei denen irgend eine erkennbare Ursache für den vorliegenden Abort zwar nicht festzustellen war, die aber, wie wir später noch besprechen werden, aller Wahrscheinlichkeit nach zum überwiegenden Teil ebenfalls auf Abtreibung beruhen.

In übersichtlicher Reihenfolge, nach der Häufigkeit der Ursachen geordnet, erhalten wir folgende Aufstellung:

Zahl der Fehlgeburten 353.

Ursachen:

Nicht erkennbare Ursachen (wahrscheinlich größtenteils kriminelle Aborte)	57,5 %,
Lues	20,7 %,
Nephritis, Herzfehler und andere Erkrankungen der Mutter	5,1 %,
Placenta praevia und vorzeitige Placentarlösung	4 %,
Trauma	3,1 %,
nachweislich kriminelle Ursachen	3,1 %,
Eklampsie	1,7 %,
Mißbildungen und anderweitige krankhafte Zustände des Fötus und seiner Anhänge	1,7 %,

Lageanomalien des Uterus 1,4 %,
Chorea und Hyperemesis gravidarum 1,1 %,
Nabelschnurverschlingung und -knoten 0,6 %.

Die Zahlen verstehen sich einschließlich der wenigen aus Rücksicht auf die Mutter eingeleiteten künstlichen Aborte, (z. B. bei Chorea und Hyperemesis gravidarum).

Durch die Hilfsmittel der klinischen Geburtshilfe läßt sich dieser Verlust an kindlichem Leben durch Fehlgeburten nicht verringern. Vielmehr fällt den Aerzten die allgemeine Aufgabe zu, durch geeignete Maßnahmen wenigstens einen Teil der Aborte zu verhindern.

In dieser Hinsicht gibt uns unsere Aufstellung in zwei Punkten Hinweise. Wir sehen einmal, daß bei 20,7 % aller Aborte die Früchte an Syphilis zu Grunde gegangen sind, eine Tatsache, auf die wir bei Besprechung der Totgeburten noch näher eingehen wollen, und finden ferner 11 nachweisbar kriminelle Aborte = 3,1 % und 203 Aborte = 57,5 % ohne erkennbare Ursache, d. h. einen hohen Prozentsatz krimineller Aborte. Denn von den Fehlgeburten, bei denen weder der Genitalbefund noch der Allgemeinzustand der Frau auf eine andere Ursache schließen läßt, können wir nach den Erfahrungen in verschiedenen Kliniken zum allergrößten

Teil annehmen, daß ihnen verbrecherische Abtreibung zu Grunde liegt. Nach Bumm sind in der Poliklinik der Berliner Königlichen Universitäts-Frauenklinik durch zweckmäßiges und vorsichtiges Befragen der Frauen 89 % aller in Behandlung gekommenen Fehlgeburten als kriminell festgestellt worden. Ziehen wir die Beobachtungen in anderen Städten zum Vergleich heran, so finden wir allerdings erheblich niedrigere Ziffern, z. B. für München (Döderlein) 33 %, Königsberg (Winter) 6,4 %, Ostpreußen 1,2 bis 2 %, Freiburg 7 %; doch würden sich bei geeigneter Fragestellung sicherlich diese Zahlen ganz wesentlich erhöhen, sodaß die 60,6 %, die bei Annahme der Abtreibung auch für unsere Fälle ohne erkennbare Ursache sich als kriminell ergeben würden, nicht gar zu hoch erscheinen.

In diesem hohen Prozentsatz der Abtreibungen müssen wir neben der künstlichen Konzeptionsbehinderung einen der Hauptgründe für den Geburtenrückgang erkennen. Wir haben die Beobachtung machen müssen, daß in den letzten Jahrzehnten eine immer stärkere Verflachung in den ethischen Anschauungen über die Verwerflichlichkeit der Abtreibungen innerhalb aller Volksklassen Platz gegriffen hat, der wir diese Zunahme der kriminellen Aborte zuzuschreiben haben.

Ein anderer hierher gehöriger Faktor, der von vielen Seiten als mit ins Gewicht fallend angeführt wird — die Teilnahme der Aerzte an diesen Zahlen durch zu weite Ausdehnung der Indikation —, konnte hier bei dieser Aufstellung mangels fehlender Unterlagen nicht berücksichtigt werden. Nach Bumm, Döderlein, Winter und Krönig haben die Aerzte draußen von den Kliniken erheblich viel häufiger die Unterbrechung der Schwangerschaft gefordert, als sie dort für indiziert gehalten wurde. Was den künstlichen Abort in der Berliner Königlichen Universitäts-Frauenklinik anbetrifft, so wurden in einem Zeitraum von 5 Jahren von 192 zum künstlichen Abort überwiesenen Fällen 143 wegen Mangel der Indikation nicht angenommen und nur 59 im Interesse der mütterlichen Gesundheit ausgeführt.

Der vorliegende hohe Prozentsatz krimineller Aborte muß also aufs Neue darauf hinführen, daß auch den Aerzten hier zweifellos große Aufgaben und Pflichten zufallen, durch deren Erfüllung sie einen nicht unerheblichen Beitrag zur Einschränkung des Geburtenrückgangs liefern können. Bumm, Stratz, Siegel, Müller und Winter haben eine Reihe Forderungen aufgestellt, die sich in folgenden Hauptpunkten zusammenfassen lassen: als vornehmstes Gebot die Verpflichtung des Arztes in

seinem Wirkungskreis in Worten und Taten auf die Erhaltung der Schwangerschaft hinzuwirken, ferner Festigung des Standpunktes aller Aerzte gegenüber der sozialen Indikation und Aufstellung von Normen für die Indikationsstellung des künstlichen Aborts, nach Vorschlag von B u m m Einführung der Anzeigepflicht jedes künstlich eingeleiteten Aborts, Belehrung der Hebammen im Hebammenunterricht und energische Bekämpfung der gewerbsmäßigen verbrecherischen Fruchtabtreibung.

Die Zahl der T o t g e b u r t e n von den hier zu Grunde liegenden 10810 Entbindungen (ohne Fehlgeburten) beträgt 816. Das ist ein Prozentsatz von 7,5 %. Vergleicht man diese Zahl mit dem Prozentsatz der im allgemeinen im Deutschen Reiche totgeborenen Kinder und dem Prozentsatz an anderen Kliniken, so finden wir ihn nach beiden Richtungen hin zu hoch. Seit 10 Jahren ist die Zahl der Totgeburten im Deutschen Reiche nicht höher als 3%. Ueber die Mortalität der Kinder in anderen Kliniken bewegen sich die Angaben zwischen 3 und 4 %; einen etwas höheren Prozentsatz stellte Z w e i f e l bei 10000 Geburten an der Münchener Universitäts-Frauenklinik fest, nämlich 4,66 %. Diese Unterschiede müssen wohl darauf zurückgeführt werden, daß einerseits in einer Klinik an und für sich weit

mehr pathologische Geburten vorkommen, als sonst normaler Weise auf die gleiche Anzahl Geburten draußen entfallen dürften, und anderseits darauf, daß mit der zunehmenden Größe der einzelnen Großstädte erfahrungsgemäß auch ein Schlechterwerden des Geburtenmaterials Schritt hält.

Die Todesursachen der im lebensfähigen Alter totgeborenen bezw. kurz nach der Geburt gestorbenen Kinder sind sehr mannigfaltig. Hier sind zwei Hauptgruppen zu unterscheiden, erstens Erkrankungen und krankhafte Zustände der Mutter und des Kindes und zweitens Störungen in der Geburt, denen sich noch die traumatischen und nicht erkennbaren Ursachen angliedern. In den ersten Gruppen sind auch alle die Fälle mit enthalten, bei denen die Kinder schon bei Einlieferung in die Klinik aus irgend einer ersichtlichen Todesursache abgestorben waren.

2,6 % aller lebensfähigen Kinder sind an Schäden zu Grunde gegangen, die durch mütterliche Erkrankungen bedingt worden waren, und zwar vor oder während oder kurz nach der Geburt. In diese Ziffer mit einbegriffen sind auch diejenigen Fälle, bei denen die Gefährdung des mütterlichen Lebens durch den betreffenden Krankheitszustand die sofortige Entbindung und damit den Umständen gemäß die Opferung des Kindes durch ärztlichen

Eingriff (Perforation) verlangte. Davon entfallen auf

Eklampsie	87 Fälle	= 0,8 %,
Lues	138 „	= 1,3 %,
Nephritis, Herzleiden, Erkrankungen der Atmungsorgane, Tuberkulose und andere fieberhafte Erkrankungen	53 Fälle	= 0,5 %.

Erkrankungen und krankhafte Zustände des Kindes waren zu 0,2 % die Ursache des Todes der Frucht. Unter diesen 28 Fällen sind 22 Mißgeburten und 6 andere Fälle (z. B. Hernia diaphragmatica u. a.).

Am häufigsten sind es die Störungen in der Geburt, die zum Absterben des Kindes bei oder kurz nach der Geburt Veranlassung gegeben haben oder mit Rücksicht auf die Mutter die Tötung des Kindes durch Perforation usw. erheischten.

72 Totgeburten müssen übermäßig langer Geburtsdauer, vorzeitigem Fruchtwasserabfluß, Krampfwehen, drohender Uterusrupter und in der Geburt aufgetretenen hoher oder länger anhaltender Fieber = 0,7 % zugeschrieben werden. 54 tote Kinder sind engem Becken = 0,5 % und 10 krankhaften Veränderungen der weichen Geburtswege (z. B. narbige Veränderungen in der Vagina und Spornbildung und

Verwachsungen nach früheren Operationen, Myome als Geburtshindernis u. a.) = 0,1 % auf Rechnung zu setzen. In 70 Fällen waren Lageanomalien (Gesichts-, Stirn-, Steiß- und Querlage) Schuld am Tode der Frucht = 0,6 %. Davon Querlage 0,3 %, Steißlage 0,2 % und Gesichts- und Stirnlage zusammen 0,1 %.

Eine sehr große Anzahl von Kindern ist den Zufällen und Blutungen bei Placenta praevia und marginalis zum Opfer gefallen und zwar 105 Fälle = 1 %. Von diesen Fällen war der weitaus größere Teil schon vor der Geburt infolge der Unterbrechung der Placentarzirkulation abgestorben, nur wenige kamen noch lebend, aber auch schon asphyctisch und so schwer geschädigt zur Welt, daß sie in sehr kurzer Zeit starben. Nur ganz vereinzelt mußte zur Perforation geschritten werden.

In ähnlicher Weise legte vorzeitige Placentarlösung in einigen Fällen den Grund zum Absterben des Kindes, aber nur bei 0,1 %. Unter diesen 16 Fällen sind lediglich diejenigen aufgezählt, bei denen Veranlassung zur vorzeitigen Lösung der Placenta nicht ersichtlich war; die übrigen sind schon in den Zahlen verschiedener anderer Todesursachen enthalten, z. B. Nephritis, Lues.

Der Tod wegen teilweiser oder gänzlicher Behinderung der Placentaratmung wurde außerdem noch

bei 51 Fällen durch Nabelschnurvorfall = 0,3 % und bei 22 Fällen durch Umschlingungen, Knoten und Anomalien der Nabelschnur = 0,2 % verursacht. Bei den Umschlingungen, Knoten und Anomalien der Nabelschnur handelte es sich in 18 Fällen um mehrmalige feste Umschlingung der Nabelschnur um den Hals des Kindes, in je einem Falle um einen wahren Knoten der Nabelschnur, um auffallend kurze Nabelschnur, um krankhafte Veränderung des Nabelschnurgewebes und eine Insertio velamentosa.

Diesen beiden Hauptgruppen sind noch 10 Fälle anzufügen = 0,1 %, bei denen aus den Angaben der Frau ein Trauma als Schuld für das Eintreten einer Frühgeburt und den Tod des Kindes hergeleitet werden kann. Einmal ist es der Stoß von einer Kuh, ein anderes Mal der Stoß eines Mannes vor den Unterleib der Schwangeren und verschiedene Male ein äußerst heftiger Fall oder Sturz, an die sich die teilweise frühzeitige Geburt eines toten oder schwer geschädigten Kindes anschloß. Zum Schluß bleibt noch eine größere Anzahl von Totgeburten übrig, für die sich weder aus der Anamnese noch den sonstigen Angaben des Krankenblattes eine Ursache finden ließ. Von diesen Fällen wurden 44 = 0,4 % mit bereits abgestorbenem Kinde eingeliefert, und 49 = 0,5 % bieten gar keine Anhaltspunkte. Bei 27 Fällen = 0,2 %

ist aber augenscheinlich die Möglichkeit zur Rettung des Kindes verabsäumt worden. Es handelt sich hierbei durchgehend um normale Lagen und einen anscheinend regelrechten Verlauf der Geburt, bei denen wir ein ganz plötzliches Aufhören der Herztöne teils schon in der Eröffnungsperiode, teils in der Austreibungszeit verzeichnet finden. Auch kehrt des öfteren bei diesen Fällen der Vermerk wieder, dass die Herztöne angeblich vor kurzer Zeit von der diensttuenden Hebamme noch ganz deutlich gehört und für gut und regelmäßig befunden wären, während der hinzugerufene Arzt das Fehlen derselben feststellen mußte. Wir haben hier also eine Reihe von Fällen vor uns, bei denen das Kind unter unseren Augen abgestorben ist, jedoch bei besserer und sorgfältigerer Beobachtung sowie rechtzeitigem Eingriff — vaginaler Kaiserschnitt oder Zange, je nach dem Stande der Geburt — wahrscheinlich hätte gerettet werden können.

Bevor aus diesem Tatsachenmaterial weitere Schlussfolgerungen gezogen werden, mag der besseren Uebersicht halber eine nach ihrer Häufigkeit geordnete Aufstellung der Todesursachen gegeben werden.

Zahl der Entbindungen 10810,
„ „ Totgeburten 816 = 7,5 %.

Todesursachen:

Lues	138	Fälle	= 1,3 %,
Placenta praevia	105	„	= 1 %,
Eklampsie	87	„	= 0,8 %,
lange Dauer mit der Geburt, vorzeitiger Fruchtwasserabfluss, Krampfwehen, Fieber in der Geburt usw.	72	„	= 0,7 %,
Lageanomalien	70	„	= 0,6 %,
enges Becken	54	„	= 0,5 %,
Nephritis, Herzfehler, Erkrankungen der Atmungsorgane, Tuberkulose usw. der Mutter	53	„	= 0,5 %,
Nabelschnurvorfall	31	„	= 0,3 %,
Mißbildungen und Erkrankungen des Kindes und seiner Anhänge	28	„	= 0,2 %,
Umschlingungen, Knoten und Anomalien der Nabelschnur	22	„	= 0,2 %,
vorzeit. Placentarlösung	16	„	= 0,1 %,
krankhafte Veränderungen der weichen Geburtswege	10	„	= 0,1 %,

Trauma	10 Fälle = 0,1 ‰,
Fälle mit tot eingeliefertem Kind und Fälle ohne Anhaltspunkte	93 = 0,9 ‰.
Fälle, die hätten gerettet werden können	**27 = 0,2** ‰.

Bei allen vorstehenden Totgeburten mit erkennbarer und festgestellter Todesursache vermochte die Hand des Geburtshelfers in der Klinik in keinem Falle den Tod des Kindes zu vermeiden; zum Teil kamen diese Fälle zu spät oder mit schon abgestorbenem Kind in die Behandlung der Klinik, zum Teil konnte trotz aller rechtzeitigen, je nach Gebot des betreffenden Falles ausgeführten Eingriffe und Hilfeleistungen dem Kinde keine Rettung mehr gebracht werden.

Was die Fälle mit nicht erkennbarer Todesursache anbetrifft, so kommen die mit schon tot eingeliefertem Kind und die ohne Anhaltspunkte von vorn herein für uns nicht in Betracht. Es könnte bei dieser Gelegenheit höchstens auf die Zweckmäßigkeit einer besseren Organisation der Geburtshilfe sowie besonders eine bessere allgemeine geburtshilfliche Ausbildung der Aerzte hingewiesen werden. Wie aus dem oben Gesagten hervorgeht, bestand nur bei 27

Fällen = 0,2 % die Möglichkeit, das Leben des Kindes mit großer Wahrscheinlichkeit zu erhalten.

Das ganze positive Ergebnis der Untersuchung besteht also kurz gesagt darin, daß die Geburtenmortalität in der Klinik um 0,2 % sämtlicher Entbindungen verbessert werden könnte. Das bedeutet, wenn wir die Zahl der jährlichen Entbindungen in der Klinik hochgerechnet auf durchschnittlich 2000 annehmen, pro anno einen Gewinn von 4 Kindern! Auf die Geburtenzahl des Deutschen Reiches — im Jahre 1914 gleich 1118596 — eingestellt, würde sich daraus ein Zuwachs von ungefähr 3636 lebenden Kindern ergeben.

Dieser sehr geringfügige, für die günstigen klinischen Verhältnisse berechnete Prozentsatz von 0,2 % darf aber selbstverständlich nicht ohne weiteres auf die Allgemeinheit der größtenteils unter viel schlechteren Bedingungen stattfindenden Geburten Anwendung finden. Nach Winter sind es vielmehr 1 bis 2 % aller Kinder, die allein in der Austreibungszeit zu Grunde gehen, weil der Arzt die rechtzeitige Anlegung der Zange verpaßt. Unter seinen Vorschlägen zur Reformierung unserer Indikation und Verbesserung unserer geburtshilflichen Technik wird deshalb auch die Forderung aufgeführt,

die Indikation für die Beckenausgangszange in genauere und engere Grenzen zu bringen. Aber selbst bei der Annahme, daß durch bessere Ausbildung der Hebammen und Aerzte dieser Verlust von 1 bis 2% der lebensfähigen Kinder vermieden werden könnte, würde sich der jährliche Gewinn an Kindern nur auf 20000 Lebendgeborene beziffern, eine Zahl, die im Vergleich mit den Hunderttausenden, die an dem jährlichen früheren Zuwachs fehlen, verschwindend klein erscheinen muß, so sehr wünschenswert diese Verbesserung auch ist.

Allerdings nicht im Sinne der Geburtshilfe, sondern vom prophylaktischen Gesichtspunkte aus verbleibt außerdem als einzige Zahl unserer Aufstellung, die noch einer Beeinflussung durch den Arzt unterliegen könnte, der hohe Prozentsatz von luetischen Aborten und Totgeburten. Von 353 Aborten war 73 mal die Lues der Mutter die sichere oder sehr wahrscheinliche Ursache zum Absterben der Frucht = 20,7 % aller Fehlgeburten, und von 816 Totgeburten sind 138 auf die Lues zurückzuführen = 16 % aller Totgeburten! Hier kann und wird bei dem augenblicklichen Stande unserer Bestrebungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten viel erreicht werden. Eine mehr verallgemeinerte rechtzeitige antisyphilitische Be-

handlung beider Eltern — und der Mutter auch noch während der Schwangerschaft — sind die notwendigsten Erfordernisse, vor die wir zunächst gestellt sind.

Wie Bumm in seiner Rektoratsrede vom 15. Oktober 1916 betont, wäre es jedoch ein Fehler, den Faktor, den die Lues im Verein mit der Gonorrhoe für den Geburtenrückgang darstellt, höher einzuschätzen, als es der Wirklichlichkeit entspricht. Setzt man den günstigsten Fall voraus, daß nämlich von den bei 816 Totgeburten durch Syphilis verursachten 136 = 16 % alle Kinder gerettet werden könnten, so würden bei 55000 Totgeburten im Deutschen Reiche jährlich 9000 Kinder am Leben erhalten werden können. Rechnet man diese Zahl zu dem oben angeführten jährlichen Gewinn von 20000 lebendgeborenen Kindern hinzu, dann ergibt sich ein bestmöglicher Zuwachs von jährlich 29000 Lebendgeburten. Auch diese Ziffer ist noch immer als verhältnismäßig geringfügig zu bezeichnen.

Aus diesen Erwägungen heraus kommt man überhaupt zu der Folgerung: all das, was vom rein ärztlichen Standpunkt zur Verminderung der Geburtenmortalität erreicht werden kann, ist von ganz untergeordneter Bedeutung der Tatsache gegenüber, die in der großen Hauptsache dem immer schneller

fortschreitenden Rückgang unserer Geburtenzahl eigentlich zu Grunde liegt. Dies ist die gewollte künstliche Einschränkung der Nachkommenschaft, die wir in der immer weiter um sich greifenden Anwendung antikonzeptioneller Mittel und der am Anfang dieser Arbeit schon besprochenen kriminellen Abtreibung erblicken müssen. Nach Bumms Berechnungen müßten bei unserer jetzigen Einwohnerzahl nach Abzug der natürlichen Verluste an Kindern jährlich rund 900000 Kinder mehr zur Welt kommen, als tatsächlich geboren werden. Davon müssen 800000 der künstlichen Konzeptionsverhinderung und 100000 der Abtreibung zur Last gelegt werden.

Aus den angestellten Untersuchungen ergibt sich als Schlußfolgerung demnach die Tatsache, daß sich durch eine Besserung der ärztlichen Ausbildung und eine weitergehende ärztliche Beaufsichtigung auch der normalen Geburten wohl eine Verringerung der Totgeburten, aber kein wesentlicher Einfluß auf den Geburtenrückgang im Deutschen Reiche erzielen läßt. Letzten Endes wird nur eine moralische Beeinflussung der Bevölkerung und Beseitigung der recht verflachten Anschauungen über die Einschränkung der

Nachkommenschaft für ein Aufhalten des Geburtenrückganges und eine Förderung der Volksvermehrung ausschlaggebend sein.

Zum Schluß erfülle ich die angenehme Pflicht, dem Herrn Geheimrat Prof. Dr. Bumm für die Anregung zum vorliegenden Thema und die gütige Ueberlassung des bearbeiteten Materials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

◎ ◎ ◎

Literatur.

E. Bumm. Zur Frage des künstlichen Abortus. Monatsschr. für Geb. und Gyn. 1916, Bd. 43. H. 5.

— Ueber das deutsche Bevölkerungsproblem, Rede zum Antritt des Rektorates der Kgl. Friedrich-Wilhelms-Universität, Berlin 1917, Hirschwald.

E. Zweifel. Erfahrungen an den letzten 10000 Geburten mit besonderer Berücksichtigung des Altersbildes, Archiv für Gyn., Band 100, 1914.

A. Mueller. Zur Bekämpfung des Geburtenrückganges, Klin.-therap. Wochenschr. 1916, Bd. 23.

G. Winter. Unsere Aufgaben in der Bevölkerungspolitik, Zentralbl. für Gyn. 1916, No. 5.

C. H. Stratz. Arzt und Volksvermehrung, Zentralbl. für Gyn. 1917, No. 15.

P. W. Siegel, Abort und Geburtenrückgang, Zentralbl. für Gyn. 1917, No. 15. a. a. O. No. 11.

W. Benthin. Ueber kriminelle Fruchtabtreibung, Zeitschr. für Geb. und Gyn. 1916, Bd. 77.

A. Blaschko. Geburtenrückgang und Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1914. J. A. Barth.

v. Gruber. Ursachen und Bekämpfung des Geburtenrückganges im Deutschen Reich. München 1914.

J. Bornträger. Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Bewertung und Bekämpfung. Würzburg 1913. Kabitzsch.

Statistik des Deutschen Reichs. Herausgegeben vom Kais. Statist. Amt, Bd. 240.

VITA.

Am 11. April 1889 wurde ich Theodor Hans Junker, evangelischer Konfession, als Sohn des deutschen Kaufmanns Konrad Junker und seiner Frau Johanna, geb. Schatz, in New-York geboren. Nach dem Tode meines Vaters kehrte meine Mutter mit mir nach Deutschland zurück. Hier erwarben wir im Jahre 1909 durch Naturalisation die durch langjährigen Aufenthalt in den Vereinigten Staaten verloren gegangene preußische Staatsangehörigkeit wieder. Nach dem Besuch des Luisenstädtischen Realgymnasiums zu Berlin bezog ich Michaelis 1908 mit dem Zeugnis der Reife die Kgl. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin und widmete mich dem medizinischen Studium; im Winter-Semester 1911/12 studierte ich an der Universität in München. Am 24. Mai 1911 bestand ich die ärztliche Vorprüfung und unterzog mich bei Ausbruch des Krieges am 3. August 1914 der ärztlichen Notprüfung. In beiden Prüfungen erhielt ich die Zensur gut. Approbiert wurde ich am 23. August 1914.